

Le burn out chez les personnels de santé, une réalité occultée : cas des sages-femmes et infirmiers sénégalais

Burnout among health personnel, a hidden reality : the case of Senegalese midwives and nurses

KANDE Ndèye Mariama Angèle

Enseignante chercheure

Université Cheikh Anta diop Dakar-Sénégal

Laboratoire de Recherche en Entreprise et Développement (LAED)

yamakande@yahoo.fr

Date de soumission : 14/01/2022

Date d'acceptation : 22/04/2023

Pour citer cet article :

KANDE.N. (2023) «Le burn out chez les personnels de santé, une réalité occultée : cas des sages-femmes et infirmiers sénégalais», Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 4: Numéro 4» pp : 582 – 605.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Le burn out traité dans le cadre de cet article, touche la santé mentale et physique des personnels de santé. C'est un syndrome qui peut avoir des conséquences désastreuses sur l'individu, son organisation voire même son entourage. Les conditions de travail des personnels de santé au Sénégal laissent présager un environnement favorable au développement du burn out. Dès lors, cette étude se veut à la fois quantitative et qualitative pour diagnostiquer et analyser le phénomène du burn out. En effet, à travers une approche quantitative, elle tente de mesurer l'ampleur du burn out des sagefemmes et infirmiers sénégalais avec l'administration du Maslach Burn out Inventory questionnaire à un total de 183 individus. Ensuite ce travail de recherche est complété par une analyse qualitative avec un échantillon de 10 individus pour analyser les conditions de travail et relever les différents niveaux de conséquences. Les résultats de l'étude quantitative montrent que le fléau du burn out reste une réalité pour les paramédicaux et guetterait 56.7% des soignants interrogés. D'un autre côté l'analyse qualitative révèle comment l'environnement de travail peut générer du stress, favoriser le burn out pour ces travailleurs et impacter leur santé, leur travail et leur famille.

Mots clés : burn out ; sagefemmes ; infirmiers ; ampleur ; conséquences

Abstract

Burnout, dealt with in this article, affects the mental and physical health of healthcare personnel. It is a syndrome that can have disastrous consequences on the individual, his organization and even his entourage. The working conditions of health personnel in Senegal suggest an environment conducive to the development of burnout. Therefore, this study aims to be both quantitative and qualitative in order to diagnose and analyze the phenomenon of burnout. Indeed, through a quantitative approach, she tries to measure the extent of the burn out of Senegalese midwives and nurses with the administration of the Maslach Burn out Inventory questionnaire to a total of 183 individuals. Then this research work is completed by a qualitative analysis with a sample of 10 individuals to analyze the working conditions and identify the different levels of consequences. The results of the quantitative study show that the scourge of burnout remains a reality for paramedics and stalks 56.7% of caregivers surveyed. On the other hand, the qualitative analysis reveals how the work environment can generate stress, promote burnout for these workers and impact their health, their work and their family.

Keywords : burnout; midwives ; nurses; magnitude; consequences

Introduction

Les travailleurs peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction à des risques psychosociaux (RPS) qui affectent d'une manière ou d'une autre leur travail et causer des préjudices à l'entreprise. Les drames qui arrivent au travail, on peut en citer des milliers. Pour certains auteurs comme (Lazarus & Folkman, 1984 ; Douillet, 2010; Gintrac, 2011 ; Gollac, 2012), ces drames peuvent être dues à un état de fatigue et de stress extrême entraînant des troubles psychosociaux. Ces troubles portent atteinte à l'intégrité physique et la santé mentale des travailleurs dans leur milieu professionnel et ont des conséquences certaines sur les conditions économiques sociales et/ou psychologiques des personnes atteintes.

Les études de Kehtari et Rbbe-Kernen (2014) ont montré que les professionnels de la santé représentent une population à risque sans en être conscients. Récemment au Sénégal, avec le tollé soulevé par la mort d'une femme enceinte négligée par des sages-femmes, ces dernières ont été copieusement lynchées à travers les réseaux sociaux. Une occasion leur a été offerte pour se défendre à travers les médias en dénonçant leurs conditions de travail exécrables, les surcharges horaires, les faibles niveaux de revenus, la précarité de l'emploi en relevant des conséquences sociales sur leur vie de couple comme les divorces, les fausses couches, avortements et dépressions etc. En outre, les résultats de l'étude de Kandé et diémé (2022) viennent confirmer ces déclarations dans la mesure où ils les ont identifiées comme causes de la reconversion professionnelle des paramédicaux. Par ailleurs, les RSP constituent un tabou car ces personnels de santé refusent de demander de l'aide. Ils ont en effet peur d'être considérés comme étant incapables d'apporter de l'aide. En plus, les sages-femmes et infirmiers sont insuffisants en nombre et exécutent des charges de travail 3 fois supérieures aux normes recommandées par l'OMS. En conséquence, Ils accumulent du stress chronique qu'ils n'arriveront pas à surmonter d'où l'état d'épuisement professionnel (Neuveu, 2006). Dès lors, ces travailleurs sont susceptibles de développer un burn out. Plusieurs signaux alertent aujourd'hui de la prévalence de ce phénomène chez les paramédicaux. Les personnes atteintes de ce syndrome ont des comportements dysfonctionnant et sont souvent affectées psychologiquement, s'absentent régulièrement, rendent de mauvais services aux patients ou polluent l'atmosphère de travail (Neveu, 2006).

Les conséquences du burn out sont désastreuses dans le milieu sanitaire et peuvent causer des pertes en vies humaines. C'est pourquoi nous souhaitons, dans le cadre de cet article, mesurer l'ampleur du burn out au cours de la carrière des infirmiers et sages-femmes du Sénégal, identifier les sources du stress ainsi que les conséquences individuelles et organisationnelles du

burn out. La question de recherche est la suivante : quelle est l'ampleur du burn out chez les sages-femmes et infirmiers sénégalais et quelles sont les sources du stress et les conséquences individuelles et organisationnelles du burn out?

Nous abordons cette étude par une analyse de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986) pour réaliser nos objectifs. En effet, nous pensons que l'étude du burn out comporte une dimension individuelle, organisationnelle et sociétale et que les individus sont aussi différents les uns que les autres. En fait chaque expérience étant unique, celle-ci forme les croyances et les attitudes et peut influencer la façon dont une personne perçoit et réagit face à son environnement de travail. Pour ce faire, nous mobilisons les outils de la méthodologie quantitative et qualitative dans cette recherche.

Dans un premier temps, nous allons décrire le contexte et mobiliser la littérature pour appréhender le phénomène de burn out dans la carrière des soignants ensuite nous administrerons l'échelle de Maslach burnout inventory pour mesurer l'ampleur du burn out avant d'interviewer les sages-femmes et infirmiers. En dernier lieu, nous analyserons les conséquences au plan individuel et organisationnel avant de discuter les résultats de nos recherches.

1. Le contexte sénégalais favorable au burn out chez les soignants

Nous abordons dans cette section le syndrome de burn out puis le cadre et les conditions de travail des agents de santé.

1.1. Syndrome du burn out, manifestations et conséquences

Apparu vers les années 1970, le burn out est un syndrome psychologique qui touche la santé mentale des personnels atteints. Il a fait l'objet de plusieurs études scientifiques, (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976 ; Schaufeli & Greenglass, 2001; Bügel, 2003 ; Neveu, 2005 ; Maslach & Leiter, 2011). Il est considéré comme un stress particulier (Bradley, 1969). Il serait la résultante de réactions du stress quotidien ayant usé le travailleur. Le burn out fait référence à un épuisement émotionnel, à une dépersonnalisation et à une perte de performance (Maslach & Jackson, 1981). Selon Freudenberger (1974), sous l'effet du stress, des tensions, des conditions difficiles de travail, les ressources internes des travailleurs viennent à se consumer. Le stress semble être important dans ce domaine si ce n'est déjà une réalité. Vers les années 50, le stress était considéré comme une réponse ou une réaction à un événement survenant d'une interaction entre le travailleur et son milieu de travail, (Tourmann, 2008).

Donc il y a stress lorsque les travailleurs sont limités et impuissants face aux exigences du travail. Cette définition découle du modèle interactionnel qui identifie l'organisation comme la

source du stress des employés et ne prend pas en compte l'individu dans son environnement. A côté, le modèle transactionnel du stress (Folkman & Lazarus, 1984) stipule que le stress consomme les ressources de l'individu et met en danger sa santé. Alors le burn out arrive lorsque les ressources ne peuvent plus faire face aux contraintes. Selon Tourmann (2008), c'est cette interprétation qui permet de relier stress et burn out, mais de manière non linéaire.

Nous pouvons trouver plusieurs définitions du concept de burn out mais la plus utilisée est donnée par Maslach. En effet, les travaux de Maslach (1982) considèrent le burn out comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Il résulte d'un investissement prolongé de l'individu face à des situations de travail qui requièrent une implication émotionnelle, (Schaufeli & Greenglass, 2001). L'épuisement professionnel n'est pas une maladie, mais se rapporte à une souffrance au travail. Il est lié au travail selon l'OMS (2019), *le burn out est un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré* ». Maslach et Jackson (1981) relèvent dans leur modèle trois dimensions du burn out à savoir :

- Un épuisement émotionnel lié à un sentiment de manque d'énergie,
- Une dépersonnalisation liée à la déshumanisation ou au cynisme au travail,
- Une perte d'efficacité liée à une réduction de l'accomplissement personnel.

Le burn out se traduit d'abord par un idéalisme et un investissement de l'individu au travail ; ensuite, il s'en suit un épuisement émotionnel et physique. A la suite, on dénote une déshumanisation qui aboutit à une haine de tout et à une rupture professionnelle ou à une maladie. D'autres dimensions également permettent de caractériser le burn out en l'occurrence le surinvestissement professionnel ou le workaholisme (Oates, 1971) et la perte de sens dans son travail (Morin, 2008) même si celles de Maslach restent la référence.

Par ailleurs, le burn out apparaît chez des employés travaillant dans une relation d'aide (Maslach, 1976). C'est le cas notamment des sages-femmes et infirmiers. Le métier de santé est très pénible requiert justement un gros investissement émotionnel et relationnel. Les professionnels de la santé sont vulnérables car souvent confrontés à la souffrance, au décès, à la prise en charge des malades jusque dans leur intimité sans compter les charges de travail (Gollac, 2012). Selon la Haute Autorité de Santé en 2012, cette vulnérabilité est marquée par un ensemble de facteurs tels qu'une exigence de performance, une image du soignant infaillible, des valeurs d'engagement et d'abnégation, des dispositifs de soins complexes et évolutifs, une insécurité, des tensions démographiques...).

En tout état de cause, ces personnels sont partagés entre les soucis de prodiguer des soins de qualité, l'insécurité qui les guettent au quotidien et montrer une image de soignant infailible. Ce qui les conduit d'ailleurs à l'usure.

La théorie sociale cognitive de Bandura (1986) peut aider à analyser le phénomène de burn out en montrant comment les expériences négatives au travail des personnes concernées peuvent renforcer leurs croyances négatives et provoquer du stress et de l'épuisement au fil du temps. Pour le cas des infirmiers et sages-femmes, on note un décalage entre leurs attentes (en termes de salaires, d'organisation du travail, de perspective de carrière, de reconnaissance et autres) et les réalités du travail (conditions de travail, rémunération faible, exigences du travail, absence de plan de carrière etc.) Cela peut entraîner une démotivation et à la longue un sentiment d'épuisement professionnel prémisses du burn out. Ce décalage renforce les expériences négatives au travail et de surcroît les croyances et dans certains cas même peut être à l'origine d'une reconversion.

Dès lors, les conséquences du burn out se répercutent aussi bien sur l'individu atteint et son entourage que sur l'organisation dans laquelle il évolue. Cox et Grial-Gonzalez dans une enquête au niveau de l'union européenne en 2000 montrent que 50 à 60% des journées de travail perdues sont liées au stress. En effet, le stress au travail favorise l'absentéisme, diminue la motivation au travail, porte atteinte à la productivité et réveille les comportements à risque (Bendriss, 2018). Et même dans certains cas les conséquences du stress sont déterminants dans l'intention de rester des employés (Boufarouj, 2023). Dans le même sillage, Maslach et Jackson (1981) affirment que l'épuisement professionnel peut être la source de la détérioration de la qualité des soins ou des services fournis par les personnes touchées. Il est également lié à leurs problèmes conjugaux et familiaux et est facteur de rotation des emplois (absentéisme, moral bas, présentéisme). A ce stade, Bügel (2003) affirme que l'individu atteint de burn out ne pourra plus atteindre son niveau de performance sans aide ou changement d'emploi.

1.2. Cadre légal et condition de travail des sages-femmes et infirmiers sénégalais

Cette étude s'intéresse au burn out des sages-femmes et infirmiers au Sénégal. Ces derniers font partie du corps des paramédicaux au Sénégal. Les premières appartiennent à l'ordre des sages-femmes et sont bien encadrées dans la constitution sénégalaise (**Loi n° 2017-14 du 20 janvier 2017**). Les seconds sont présents dans tout le dispositif du système sanitaire. Ils sont également titulaires d'un diplôme d'Etat et mènent des activités curatives, préventives, gestionnaires pour l'exécution des programmes de santé (Seck, 2010). La place de ceux-ci dans le système de santé est très importante d'autant plus qu'ils en constituent le socle.

En fait, le système de santé sénégalais est un système de référence contre référence, il s'articule autour de trois niveaux (le sommet central, la région médicale et les districts cases et postes de santé). Les districts, postes et cases de santé sont gérés, pivotés pour l'essentiel par des sages-femmes et infirmiers, ils sont plus proches des populations et se retrouvent dans toute l'étendue du territoire permettant au gouvernement d'atteindre les objectifs de santé, (PNDRH, 2021). Nous comptons 2196 sages-femmes et 3554 infirmiers (PNDRH, 2021) dans tout le Sénégal pour une population de plus de 17 millions d'habitants au dernier recensement de l'Agence Nationale de la Démographie et des Statistiques. Ainsi on relève 1 infirmier pour 5000 habitants, 1 sage-femme pour 1500 femmes en âge de procréer ce qui est hyper loin des normes OMS recommandées. On peut imaginer aisément les charges de travail et les fardeaux qui pèsent sur ce personnel.

Selon Bugel (2003), le burn out a trait à des facteurs de personnalité et à l'environnement de travail de l'individu. Il engage donc la responsabilité de l'entreprise (Sahler, et al., 2007). En analysant le PNDRH (2011-2018), le système de santé fait face à une crise sans précédent des ressources humaines tant du point de vue qualitatif que quantitatif surtout dans les zones difficiles à cause de l'insuffisance des mécanismes de rétention des personnels, des conditions de travail difficiles ou mauvaises et de l'absence de leur valorisation. En outre ces ressources humaines de santé doivent exercer dans des environnements qui les exposent à des maladies et des accidents professionnels.

2. La méthodologie de recherche

Dans le cadre de cet article, il a été mis en exergue une approche quantitative et qualitative dans l'étude du burn out des sages-femmes et infirmiers sénégalais. Le burn out est un ensemble syndromique nécessitant un diagnostic pour caractériser la sévérité du trouble (Maslach, 1982). A cet effet, l'échelle de Maslach burn out inventory sera utilisé comme questionnaire de recherche pour évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmiers et sages-femmes. Ceci sera complété par une recherche qualitative afin d'analyser en profondeur les conditions de travail de la population d'étude pour identifier les sources du stress du personnel qui l'exposent au risque de burn out à travers leur vécu et de rechercher les repercussions individuelles et professionnelles.

2.1. L'échantillonnage et l'échantillon de l'étude

L'échantillonnage est un ensemble de décisions qui orientent le choix de l'échantillon (Savoie-zacj, 2007).

Pour l'étude quantitative, l'échantillonnage aléatoire simple est choisi. Cela implique de sélectionner aléatoirement des individus de la population d'intérêt pour participer à l'enquête. Ainsi, le questionnaire a été administré à un effectif de 183 individus. L'enquête a été menée entre Août et Octobre 2022. Dans un premier temps, les questionnaires ont été lancés sur Google forms avec 70 répondants. Par la suite, nous avons mobilisé 3 enquêteurs qui ont sillonné les structures sanitaires pour les besoins de l'enquête, collectant ainsi 225 réponses. Comme critère d'inclusion retenu, il faut répondre à toutes les questions du questionnaire. Partant 112 répondants ont été supprimés de l'échantillon pour une question sautée ; cela biaise le calcul des scores.

Par rapport à l'étude qualitative, le choix raisonné nous a permis de sélectionner l'échantillon. En effet, nous avons recontacté des répondants qui avaient les prémisses du burn out à travers leur email sur Google Forms en tenant compte de leur ancienneté et de leur sexe. Nous nous sommes entretenus avec les individus qui ont répondu favorablement à notre désir de les interviewer. Au total 2 sagefemmes, 6 infirmiers, 1 assistant social et un DRH ont été interrogés pour faire ressortir les sources du stress, les comportements des agents, les conséquences de l'épuisement professionnel ainsi que les moyens de préventions du burn out. Les entretiens ont duré entre 35 et 53 minutes. Le principe de saturation des données a été observé pour retenir le nombre de 10 interviewés.

2.2. Méthodes de collecte des données

Nous adoptons l'entretien semi directif et le Maslach Burn out Inventory (MBI) questionnaire.

2.2.1. Maslach Burn out Inventory (MBI) questionnaire

Le MBI questionnaire est un outil d'évaluation du burn out, utilisé dans plus de 92% des recherches (Wiertz & Boitrelle, 2012). C'est un outil fiable, valide, scientifiquement testé et permettant de faire des comparaisons. Sur une échelle de Likert scorée en 7 points, c'est une autoévaluation qui s'administre en 15 minutes et comporte 22 items. Il permet d'évaluer les trois dimensions du burn out citées plus haut et d'obtenir 3 niveaux de scores : un Score d'Epuisement Professionnel (SEP), un score de dépersonnalisation (SD) et un score d'accomplissement professionnel (SAP) (Maslach & Jackson, 1986). Ce questionnaire permettra de diagnostiquer le niveau de burn out de l'échantillon sélectionné. En effet, le MBI évalue l'atteinte psychologique au travail pour déceler les conséquences du stress chronique.

2.2.2. Les entretiens semi directifs

L'entretien est un outil qualitatif de recueil de données permettant de rassembler des faits, des valeurs, des comportements, des opinions ou des points de vue d'une personne, (Miles &

Huberman, 2003). Il permet de centrer et de canaliser le discours à l'aide d'un guide. Le guide d'entretien est centré sur des questions ouvertes autour des thèmes comme l'environnement de travail, l'exercice de l'activité, les comportements, le climat social, familial, l'état de santé, les difficultés du métier, l'organisation du travail etc. Les interviews réalisées ont été enregistrées et retranscrites intégralement avant traitement.

2.3. Analyse des données

Les méthodes d'analyse des données utilisées sont la méthode de Maslach appliquée sur Excel et l'analyse de contenu pour les données qualitatives.

2.3.1. Données issues du Questionnaire MBI

Figure N°1 : Méthode de traitement du MBI questionnaire

Total du score d'épuisement professionnel (SEP)			
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16, 20 – SEP =			
Épuisement professionnel	SEP < 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé
Total du score dépersonnalisation/perte d'empathie (SD)			
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05, 10, 11, 15, 22 – SD =			
Dépersonnalisation	SD < 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé
Total du score accomplissement personnel (SAP)			
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19, 21 – SAP =			
Accomplissement personnel	SAP < 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de burn-out	
Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge ! Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!	
SEP	L'épuisement professionnel (burn-out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...); c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment de « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il est le garant d'un épanouissement au travail, d'un regard positif sur les réalisations professionnelles.

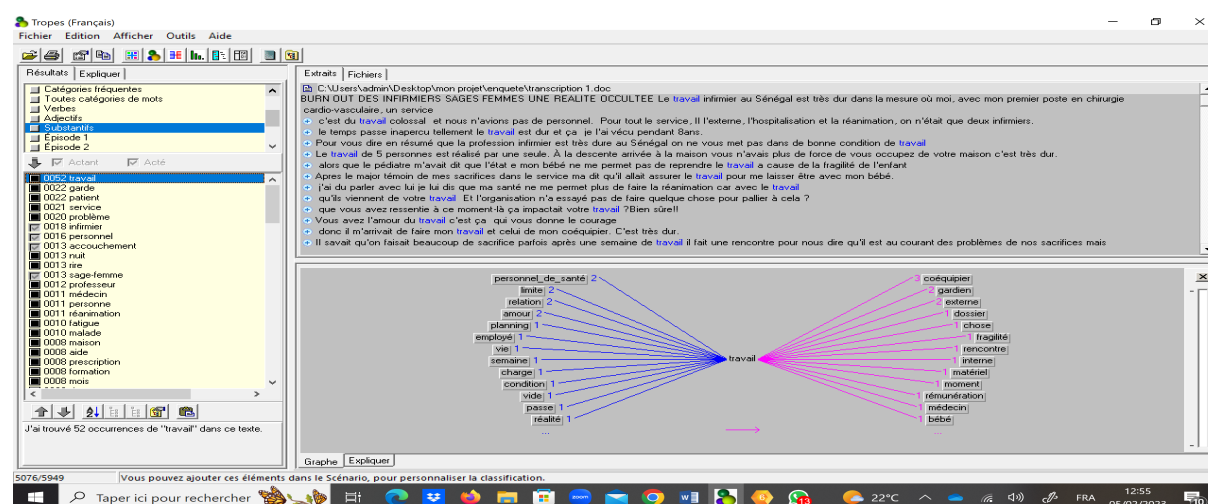
Source : Maslach et Jackson 1986

A la suite les données sont exploitées sur Excel à l'aide des fonctions SI et SOMME suivantes : pour le SEP =SOMME(E+F+G+J+L+R+X+T+Q) et =SI(AA<=17;"Faible";SI(AA<30;"Modere";"Tres eleve")); pour le SD =SOMME(I+N+O+S+Z) et =SI(AB<=5;"Faible";SI(AB<12;"Modere";"Tres eleve")) et pour le SAP =SI(AC<=33;"Faible";SI(AC<40;"Modere";"Tres eleve"))

2.3.2. L'analyse de contenu

Les données issues des entretiens semi directifs sont exploitées selon la méthode de l'analyse de contenu (Bardin, 2007). Le traitement peut se faire de façon manuelle ou avec un logiciel de traitement. Nous avons opté de traiter les données avec le logiciel Tropes version 8.5 qui permet de faire une analyse textuelle rapide, de sortir les occurrences, d'analyser les relations de mots. Cela permet au chercheur de construire le dictionnaire des thèmes et de regrouper les catégories émergentes en tenant compte des propositions de recherche, de la littérature et de la grille d'analyse.

Figure N° 2 : Interface de tropes



Source : extrait de TROPES

Comme le montre l'interface ci-dessus une liste des codeurs a été proposée suivant les mots les plus récurrents affectés de leur fréquence. Ces codeurs ont ensuite favorisé l'émergence de thèmes mis en relation dans des graphes étoilés. Ces graphes de relations entre les thèmes a permis de construire le dictionnaire des thèmes. Avec les éléments de littérature et en fonction de nos objectifs de recherche, nous avons pu identifier 4 catégories en l'occurrence les sources du stress, les conséquences individuelles de l'épuisement professionnel, les conséquences organisationnelles et les pistes de solutions. Les résultats seront présentés et analysés suivant ces quatre catégories identifiées.

3. Résultats de l'étude

Nous exposons les résultats sur l'ampleur du burn out des infirmiers et sages-femmes issus du MBI questionnaire à travers le tableau ci-dessous avant de relater les données de l'analyse de contenu.

3.1. La prévalence du burn out

Sur 183 répondants, 32,4% sont des hommes, 67.6% des femmes, 69.1% sont des infirmiers, 30.9 des sages-femmes, 50.2% sont des mariés, 24.3% des célibataires, 15.1% de divorcés et 6.4% des veufs. L'âge des répondants varie entre 22 et 53 ans. Par rapport à la sévérité du burn out le tableau n°1 suivant nous donne des informations :

Tableau N°1 : L'ampleur du burn out

Score	Risque burn out	Effectif			%
		Homme %	Femme %	Total	
SEP	Faible	28.3	71.7	46	25.1
	Modéré	27.9	62	86	46.9
	Elevé	47.0	53	51	27.8
SD	Faible	27.7	72.3	36	19.6
	Modéré	24.6	75.4	69	37.7
	Elevé	43.5	56.5	78	42.6
SAP	Faible	33.6	66.4	92	50.2
	Modéré	29.2	70.8	41	22.4
	Elevé	36	64	50	27.03
SEP/SD	Elevé	53.3	46.7	30	16.3
SEP/SD/SAP	Elevé	69.2	30.8	13	07.1
Effectif total	-	32.7	67.3	183	100

Source : élaboré par nous-mêmes d'après l'analyse de contenu

D'après ce tableau, 27.8% du personnel sont très épuisés et 46.9 sont dans un stade d'épuisement modéré. 46% Ont un niveau de dépersonnalisation élevé. 50.2% ont un faible niveau d'accomplissement. 16.3% sont en même temps très épuisés et ont sombré dans la dépersonnalisation. 7.1% encourent un risque très élevé de burn out car les trois scores sont au rouge. Cela nous amène à affirmer que le risque de burn out est réel chez les paramédicaux et guetterait 56.7% de l'échantillon ; car ils ont soit le SEP et le SD très élevé, soit le SEP et le SAP très élevé ou le SEP modéré, le SD élevé et le SAP faible.

Après l'enquête, nous avons poussé la réflexion et complété l'étude avec une analyse qualitative que nous exposons dans la section suivante.

3.2. Les sources du stress

Cette première catégorie permet d'identifier les sources de stress des personnels de santé relevant des conditions de travail, de l'inexistence de l'ordre des infirmiers, des violences basées sur le genre et le management interne. En effet, il a été relevé en premier lieu que les conditions de travail qui ne sont pas des meilleures contribuent en large partie à générer un stress important. Les items et les sous thèmes qui expliquent cette catégorie sont regroupés dans le tableau n° 2 suivant : catégorie 1 Les sources du stress

Tableau N°2 : Catégorie 1 : les sources du stress

Codeurs	Thèmes	Sous catégories	Catégories
Travail colossal Temps de repos manquant Beaucoup de tâches à effectuer à la fois Effectifs insuffisants Travail de 3 pour 1 personne	Surcharge de travail	Conditions de travail	Sources du stress
Salaire faible Précarité Contractualisation Fiche de poste inexistant Garde de nuit Exigences strictes Technicité du travail Beaucoup d’énergie à fournir Une force mentale Manque de salle de repos et équipements confortables Beaucoup de pression au travail Impuissance face à la souffrance des patients Pas droit à l’erreur Exposé à des Risques	Pénibilité du travail		
Moyens matériels minimes Plateaux techniques vétustes Matériels non fonctionnels	Manque moyens matériels		
Manque de considération Air de supériorité Humiliation et frustrations Peur de ne pas être à la hauteur instaurée Pressions	Attitudes des médecins		
Passivité des dirigeants face au problème Refus systématique des permissions Fuite de responsabilité	Manque de soutien des responsables	Inexistence de l’ordre des infirmiers	
Sanction pénale Toujours accusé en cas de problème Agression verbale et physique des accompagnants	Vulnérabilité		
Harcèlement Chantage	Violence basée sur le genre		
Problème de répartition des tâches Inexistence de protocole validé pour le service Problème d’intégration des recrues Problème de répartition des tâches Traitement de faveur (bras long)		Management interne	

Source : élaboré par nous-mêmes d'après l'analyse de contenu

À travers les discours, nous avons noté que le métier demande des exigences strictes et une erreur peut coûter la vie d'un individu ou lui laisser des séquelles. On note également une surcharge de travail due à un manque d'effectif comme en atteste SF1 : « A Nabil Chouker, on

faisait 15 à 20 accouchements en une garde. Donc tu t'occupais en même temps de la consultation d'urgence pour les patients qui viennent avec des maux de ventre, des tensions, des hémorragies, tu prends tout à la fois. C'est pratiquement une centaine de consultations que tu fais en même temps que les accouchements, la surveillance des accouchées et aussi les femmes en travail. C'est excessivement éprouvant comme travail ».

La pénibilité du métier n'est pas à démontrer si l'on sait que les infirmiers et sages-femmes déploient beaucoup d'énergies, sont exposés à des risques (Infections Associées aux Soins), font des gardes de nuit et manquent de temps de repos. Ils travaillent également sous une grande pression. Dans certains cas, il leur faut une grande force mentale pour se relever ou faire face à des situations de souffrance ou décès des patients.

En outre, les sages-femmes et les infirmiers sont confrontés au manque de moyens matériels pour faire correctement leurs tâches. « *Quand vous êtes à l'hôpital, le plateau technique est appréciable mais quand vous êtes en milieu rural, là c'est autre chose. Je me rappelle en 2002 à Tattaguine avoir perfusé un enfant atteint de neuro palu en crise dans des situations inédites. Il n'y avait absolument rien, pas de garrot, ni de cathéter pour traiter l'enfant. J'étais confus devant sa maman désespérée, j'ai dû prendre une aiguille de seringue, heureusement pour moi j'ai réussi la voie...* », (IDE5). Dans des situations d'affluence dès fois pour les urgentistes, ils sont obligés de reprendre par exemple les cathéters déjà posés à des malades pour agir en urgence sur un patient signalé comme cas grave.

Ces conditions de travail vont se répercuter sur la santé mentale et physique. A cela s'y ajoute la précarité de leur situation et les faibles niveaux de rémunération qui ne permettent pas à l'infirmier ou à la sagefemme de vivre décemment. Ce qui fait qu'ils sont obligés de fréquenter les cliniques et autres structures durant leur temps de repos pour faire des heures supplémentaires. Certains reconnaissent qu'il y a eu des améliorations par rapport à leur rémunération mais le train de vie actuel l'emporte à cause de l'inflation généralisée.

Ensuite les infirmiers sont vulnérables du fait de l'inexistence de l'ordre des infirmiers qui pourraient défendre leur intérêt et leur droit. Ils peuvent être sanctionnés ou même conduits en prison suite à des problèmes dans la structure. C'est toujours leur responsabilité qui est engagée en premier lieu dès lors que les responsables ne les soutiennent pas ou témoignent d'une grande passivité face aux problèmes. Sous ce sillage, l'attitude des médecins à l'égard des infirmiers n'est pas du tout appréciée par ces derniers. Ils constatent que le médecin abuse de son autorité, dès fois les humilient et les rabaissent devant les patients et accompagnants sans compter le manque de considération à leur égard. Ils nourrissent des complexes vis-à-vis des médecins et

sont minés par la peur de ne pas être à la hauteur. D'un autre côté, il a été noté que les infirmiers font l'essentiel du travail, sont au contact direct des patients avec tous les risques encourus et les médecins sont mieux payés qu'eux d'où la frustration de certains. *« Le médecin quand il vient, on sait automatiquement que c'est lui le médecin, il vous donne des ordres devant les patients, les accompagnants, comme s'il vous torturait, comme s'il était votre père, il ne vous accorde pas de crédit. Dès fois même quand un accompagnant se plaint il vous crie dessus sans chercher à comprendre. Tout ceci fait qu'on est nerveux. Le médecin peut commettre des erreurs de traitement au lieu d'assumer, il vous rejette la faute, il est couvert par le secret médical. Vous voyez lors des campagnes de vaccination, on sillonne les quartiers sous la fatigue et la chaleur on nous paye 2000F/jour alors que les médecins derrière leurs bureaux climatisés ils sont rémunérés à 75 000F/jour. C'est des frustrations qu'on accumule », (IDE 5).*

Et en troisième lieu, certaines infirmières sont stressées à cause du harcèlement sexuel dont elles font l'objet lors des gardes de nuit ou subissent des chantages de la part des médecins de garde. Lorsqu'elles ne cèdent pas à ces chantages, elles sont discréditées, tout ce qu'elles font est mauvais, elles sont réprimées et souvent affectées ailleurs sans explication. Quand elles cèdent au chantage, elles sont "super puissantes" et commencent à s'absenter comme elles veulent ce qui va impacter sur le travail des autres.

Pour finir avec les sources du stress, le management interne également a été scruté. On peut dire qu'il n'existe pas de fiches de poste pour les infirmiers. En théorie la délimitation de leur périmètre d'intervention est nette, mais dans la pratique les infirmiers et sages-femmes pratiquent officieusement la médecine, établissent certains actes administratifs surtout ceux qui sont dans les postes de santé (en milieu rural particulièrement), font pratiquement tout sous la complicité des autorités et sont exposés en cas de problème. Il faut souligner le problème d'intégration des nouvelles recrues qui sont laissés à eux-mêmes et doivent affronter des situations nouvelles. Et dans certains services comme la chirurgie cardiaque, l'existence de protocole validé pour le service aurait pu aider les recrues à retrouver facilement leur marque. Dès fois les frustrations sont amplifiées par le favoritisme des supérieurs qui ne tiennent pas compte de l'ancienneté pour régulariser le statut d'un agent à cause des « bras longs ».

Pour résumer les personnels se débrouillent comme ils peuvent face à des conditions de travail difficiles les rendant vulnérables. Ils exercent sous pression et sous la menace de sanctions pénales avec des cas de personnels emprisonnés dans l'exercice de leur fonction. *« S'il y'avait l'ordre des infirmiers, certaines fautes commises dans l'exercice de la fonction aurait pu être jugées par les paires et éviter l'implication de la justice tout en régularisant la fonction*

infirmière », IDE6. Ils travaillent en étant conscients qu'ils peuvent tout le temps croupir en prison ce qui augmente le stress et leur épuisement d'où la deuxième catégorie

3.3. Conséquences au plan individuel

Le tableau n°3 ci-après renseigne sur les conséquences du burn out au plan individuel :

Tableau n°3 : Catégorie 2 les conséquences individuelles du burn out

Codeurs	Thèmes	Sous catégories	Catégories
Amour du travail Se surpasser au travail Acharnement au travail Enchaînement du travail On ne mange pas Manque de sommeil S’armer de courage Foi	Résistance	Consumation	Conséquences individuelles
Limite atteinte Épuisé physiquement Fatigue ressenti Manque de force Ressentir un vide Conscient des Sacrifices consentis Saturé Souffrance au travail	Ressentis		
Insuffisance veineuse Lombalgie Perturbation des repas et manque d’appétit Maladie récurrente Arthrose Knock out (KO) Prise de médicaments Dépendance au café	Affections physiques	Atteintes	
Traumatisé dépression Trous de mémoire Troubles du sommeil et Insomnie	Troubles psychologiques		
Envie de démissionner Changer de métier Départ pour un autre service Acquisition nouvelles compétences	Décision	Rupture	
Problèmes familiaux Incompréhension du mari Dispute récurrente Tout le temps énervé avec les enfants Toujours absente Divorce		Impact social	

Source : élaboré par nous-mêmes d'après l'analyse de contenu

L'individu essaie de résister aux charges de travail et au stress par amour du métier et déploie toutes ses ressources pour la bonne marche de l'institution. Comme ils évitent les reproches des

médecins chefs, ils s'acharnent au travail et essaient même de pallier aux absences en faisant tout le travail. Ils enchainent les visites des nombreux malades, les surveillances, la santé promotionnelle et n'ont même pas le temps de manger ou de dormir. A la longue, les infirmiers et sages-femmes sont épuisés, ressentent une grande fatigue. *« Pour tout le service (l'externe, l'hospitalisation et la réanimation), on n'était que deux infirmiers. Le matin on faisait la visite avec le professeur, on fait le tour avec le réanimateur et le chirurgien. C'était en rotation, On faisait trois jours successifs de 8H-20H. Après la relève, il faut aller en hospitalisation, aider la personne qui est là-bas, faire le traitement de tous les patients, faire les pansements externes et enfin revenir en réanimation pour être à deux et assurer la surveillance qui est risqué. Il y a le monitoring qu'il faut surveiller de très près ce qui veut dire qu'à la moindre erreur le patient peut faire un arrêt cardiaque. Parfois il arrive de prendre le petit déjeuner vers 13h 14H, le temps passe inaperçu tellement que le travail est pénible et dense et ça je l'ai vécu pendant 8ans, (IDE1).*

Après des années de service, ils sont conscients du fait qu'ils ont consentis beaucoup de sacrifices que le système n'apprécie pas à sa juste valeur. Ils considèrent qu'ils sont mal payés par rapport à l'importance de leur travail. Finalement, ils souffrent en silence au travail et s'arment de courage pour que le service continue de fonctionner.

Un élément important qu'on a noté chez certains, c'est la résignation et la foi face à leurs dures conditions de travail, le fait de se donner à fond même au-delà de leur possibilité est un bienfait pour obtenir la récompense divine.

Certains pensent qu'ils n'ont plus la force d'exercer leur métier après 20 années de service ; ils sont saturés. Le métier d'infirmier est très difficile, les muscles sont sollicités. Ils sont, dans la presque totalité des cas interrogés, victimes de lombalgies. Il y a aussi l'insuffisance veineuse les trous de mémoire sans compter les insomnies et pertes d'appétit.

Finalement, on assiste à une rupture car l'agent ne veut plus avoir à vivre cette situation et résiste à l'envie de démissionner. Ainsi, ils cherchent à quitter le métier en faisant des concours ou en se formant pour acquérir de nouvelles compétences, ou demandent à être mutés dans d'autres services présentant moins de pressions et moins de tensions, car ne pouvant plus supporter le rythme de travail actuel. *« A la descente arrivée à la maison, je n'ai plus de force. J'ai eu une insuffisance veineuse, un dossier en neurochirurgie, des problèmes de lombalgie et d'insomnie, Mon supérieur a compris, je n'en pouvais plus et il m'a proposé de nous organiser pour me mettre en externe mais j'ai refusé car je ne voulais plus travailler à la chirurgie*

cardiaque. J'étais à bout, fatiguée, épuisée, j'arrivé à 7H30, je quittais l'hôpital à 23h je n'étais pas véhiculé et il n'y avait pas de bus de ramassage pour la banlieue », (IDE 1).

Le burn out impacte sur le physique et le mental du travailleur, mais également sur son vécu quotidien. Il y a des dommages sociaux causés par l'épuisement professionnel, l'individu est tout le temps énervé et transporte cette nervosité avec lui à la maison, surtout la femme avec la fatigue ne parvient pas à satisfaire ses devoirs conjugaux, ni veiller sur ses enfants. Elle est presque tout le temps absente de la sphère familiale, même l'éducation des enfants lui échappe. Comme conséquence, on note des problèmes familiaux, l'incompréhension du mari occasionnant des disputes fréquentes et pouvant aboutir à un divorce et impacter le bien-être des enfants. Les atteintes physique et psychologique ont des répercussions sur le travail des concernés, ce qui nous permet d'analyser la troisième catégorie.

3.4. Conséquences sur l'organisation

Le tableau n°4 suivant renseigne sur les conséquences de l'épuisement professionnel sur le travail de l'agent atteint.

Tableau N°4 : Catégorie 3 les conséquences organisationnelles du burn out

Codeurs	Thèmes	Sous catégories	Catégories
Réponses désagréables envers les patients ou accompagnants Agacement Nervosité On pète les plombs Mauvaise humeur		Mauvaises attitudes au travail	Conséquence pour l'organisation
Départ Manque de motivation Insensibilité au travail Relâchement		Perte de l'agent	
Inattention dans le travail Erreurs de soins commises Manque de concentration Négligence		Qualité des soins attachée	

Source : élaboré par nous-mêmes d'après l'analyse de contenu

Nous avons relevé de mauvaises attitudes vis-à-vis des patients ou de leurs accompagnants. Les personnels de santé sous le poids de la fatigue, du stress et du débordement sont des fois très nerveux et perdent leur patience vis à vis des malades ou accompagnants qui finissent par les agacer. Ils leur crient dessus ou leur servent des réponses désagréables qu'ils peuvent regretter aussitôt calmés. *« Ça oui parfois on est tellement fatigué qu'on ne contrôle pas ce qu'on dit. Il arrive de crier sur un patient par ce qu'il ne se laisse pas faire, elle refuse de pousser ou d'ouvrir les jambes. Ce sont des primigestes mais dans l'état ou tu es il t'est difficile de différencier. Souvent vers les 4h du matin les bruits de pas qui passent dehors ou devant la porte réveillent une angoisse, on pense que c'est encore des malades ; c'est comme si ça se*

passait dans ta tête », (SF1). Ou bien « on se fiche de tout, le manque de motivation fait qu'on vient seulement pour meubler le temps, il arrive pour ne pas qu'on dérange notre sommeil lors des gardes de montrer aux accompagnants comment augmenter, diminuer ou fermer la bouteille de perfusion lorsqu'elle est vide. Dès lors ils connaissent comment l'ouvrir. Lorsque le débit est lent pour lui, il peut l'accélérer. Cela peut causer des hyperglycémies voici l'erreur. », (IDE 4).

En outre, le manque de sommeil et la fatigue se faisant, l'infirmier ou la sagefemme peut commettre des erreurs de soins comme confondre les doses de vaccin. Certains détails lui échappent par manque de concentration ou négligence. N'oublions pas qu'ils ont entre les mains la vie humaine ; certaines erreurs aussi banales soient elles, peuvent conduire à une crise cardiaque et à des lésions par exemple. Cette situation impacte directement la qualité des soins prodigués aux patients. *«...même dans les salles d'accouchement tu te rends compte qu'à un certain âge tu commences à te relâcher y'a des choses auxquelles tu ne fais plus attention ; ce sont les aides qui rectifient. Beaucoup de sages-femmes ont des problèmes par ce qu'ils délèguent beaucoup trop leur travail », (SF1).*

En résumé, après tant d'années d'expériences accumulées ; l'agent prend conscience de son usure au fil du temps et de l'ingratitude de son métier. Ceci entraîne une démotivation, et favorise le présentéisme, cet état de fait les pousse à réfléchir sur leur avenir. Soit ils quittent leur travail ou ralentissent la cadence, ne s'occupent plus correctement de leurs tâches ou demandent à être transférés ailleurs. D'autres de par leur foi, continuent à servir correctement et dans la plus grande satisfaction en dépit des conditions de travail car c'est leur choix, un moyen d'adoration de Dieu dès l'instant où ils peuvent diminuer la souffrance des malades.

Sous ce rapport, nous avons demandé à nos interlocuteurs des recommandations pour l'amélioration des conditions de travail et réduire le stress. Celles-ci sont présentées ci-dessous

3.5.Pistes de solution selon les interviewés

Les sous catégories et les thèmes sont visualisés à travers le tableau n° 5 suivant

Tableau N°5 : Catégorie 4 Les pistes de solutions

Codeurs	Thèmes	Sous catégories	Catégories
Apprendre à se ménager Traçabilité des actes Organisation		Recommandation individuelle	Pistes de solution
Établir des Fiches de poste Charges journalières emploi du temps Protocole validé de service Tenir compte de l'âge Créer des espaces de dialogue avec les subordonnés Repos forcé Délivrer diplôme de reconnaissance		Recommandation organisationnelle	
Valoriser la rémunération Recruter les diplômés Définir un plan de carrière Créer l'Ordre des infirmiers Régulariser la profession infirmière		Recommandation MSAS	

Source : élaboré par nous-mêmes d'après l'analyse de contenu

Les risques de burn out sont réels à cet effet l'organisation devrait mettre les travailleurs dans de bonnes conditions. Elle devrait en effet établir des fiches de poste pour les agents, définir leur emploi de temps avec les charges journalières requises ; ainsi l'infirmier ou la sagefemme saura exactement ce qu'il doit faire et dans quel horizon temporel. En répartissant les équipes également, tenir compte de l'âge des agents car il y a certaines tâches techniques qu'il ne peut plus faire correctement du fait de certaines affections comme la tremblote ou le manque d'énergie. Cela permet d'éviter la couverture des coéquipiers qui se surchargent de travail. Instaurer des protocoles de soins pour les services ainsi même les nouveaux sauront quand il y a telle situation qui se présente voici la prise en charge adéquate. Cela réduit également les grosses pressions surtout en cas d'urgence. Veiller aux conditions d'hygiène et de sécurité pour réduire les risques de contamination du personnel car il est très exposé aux IAS.

« Dès fois, on remarque qu'un agent jadis très dynamique est en train de sombrer, il baisse les bras. On n'attend pas, on l'approche pour comprendre ce qui se passe, dès fois aussi c'est le médecin interne qui les réfère à cause de problème psychosocial. Je peux vous dire que il y a beaucoup de problèmes, c'est soit des instances de divorces, des problèmes financiers, des difficultés avec les collègues ou bien des charges de travail énormes alors que les moyens ne sont pas là pour atteindre les objectifs ou bien des frustrations surtout avec des patrons dictateurs. Il faut essayer de voir une meilleure conduite à tenir pour les récupérer. Leur donner quelques jours de repos, ou congés des motivations non pécuniaires comme des diplômes d'honneur une forme de reconnaissance pour le travail accompli. Egalement il faut les écouter en individuel ou en collectif, leur offrir un espace d'échange ou ils pourront se vider. Parce

que ces agents-là emmagasinent trop, ils n'ont pas quelqu'un à qui parler pour sortir les maux dans leur for intérieur. », (AS).

Les autorités devraient penser à décerner des diplômes de reconnaissance au personnel méritant pour les motiver davantage tous les 3 mois ou 6 mois par exemple.

Le MSAS devrait jouer sa partition en recrutant du personnel en masse, réduire les nombreuses charges de travail individuel, valoriser la rémunération du personnel paramédical, encourager la mise en place de l'ordre des infirmiers et la régularisation de la fonction infirmière tout en lui définissant un plan de carrière lisible.

Quant à l'agent, il doit se ménager trouver le juste équilibre entre le travail et la famille surtout pour les femmes qui sont plus exposées au burn out. Elles devraient apprendre à se ménager au travail et être beaucoup plus présentes pour leur famille. En effet l'instabilité sociale impacte sur le travail. En outre pour se protéger, les paramédicaux devraient s'en tenir à leurs tâches comme c'est stipulé dans les textes réglementaires éviter les pratiques officieuses assurer la traçabilité des actes en exigeant un ordre écrit du médecin avant de l'exécuter et d'administrer des soins aux patients pour se couvrir éventuellement en cas de problèmes et éviter les sanctions au pénal.

4. Discussion des résultats

Suite à l'analyse des résultats, il apparait clairement, qu'il y a un risque de burn out non négligeable dans notre population d'étude. La prévalence du burn out est une réalité chez les soignants comme l'a montré Canoui en 2003. Toutefois, les résultats obtenus avec le MBI doivent être maniés avec précaution. Certains auteurs même préconisent de faire appel à un professionnel de la santé mentale pour l'interprétation.

Compte tenu des résultats, l'alarme du burn out est lancée par l'épuisement moral. En effet pour notre cas, le métier de sage-femme ou d'infirmier requiert une charge émotionnelle importante et stressante. Ils peuvent dès fois craquer complètement par rapport à la souffrance, à la délivrance ou au décès des patients et de la gravité ou violence des situations. Après l'alarme, il s'en suit une phase de résistance et l'individu s'acharne au travail. Par la suite on note un craquage psychologique entraînant une rupture professionnelle. Quand l'état de l'individu nécessite un suivi médical il s'avère trop tard car il est entré dans la phase d'épuisement. Il a été démontré presque dans tous les travaux de burn out que l'intégrité physique ou psychique de l'agent est menacée en cas d'épuisement professionnel, ce que démontre bien nos résultats. Il a été relevé des troubles mentales, digestives, et de sommeil, des maux de dos dus aux conditions de travail aux outils lourds manipulés ou à la station debout et

courbée ou même au nursing des patients, et dans d'autres cas c'est des céphalées intenses, des arthroses ce que confirme Bendriss (2018). Faire du burn out revient pour l'agent à se bruler de l'intérieur dans la mesure où les ressources dont il dispose sont insuffisantes pour faire face aux conditions de stress. Comme réponse à cette consommation il adopte le présentisme s'il n'éprouve pas la peur d'aller travailler, montre des signes de découragement, ou est agacé et montre des signes de nervosité envers les collègues, les patients ou accompagnants et ne fait plus attention.

D'un autre côté, comme c'est vérifié dans les études de Berrichi, et al. En 2021, on note une ambiguïté dans les rôles et tâches et responsabilités des infirmiers et sages-femmes. Même si la délimitation existe sur les papiers, l'opérationnalisation en milieu hospitalier est difficile en l'absence de règlement interne. Ce que nos résultats ont bien confirmé surtout au Sénégal avec l'emprisonnement de ces personnels dans l'exercice des activités du quotidien pour pratiques illégales ou officieuses. Aussi le pouvoir de la hiérarchie peut augmenter la dépression de l'agent et le faire sombrer du fait qu'il dispose d'une faible autonomie, il est sujet à des frustrations ou humiliations et travaille dans l'angoisse. Parallèlement il ne ressent pas la reconnaissance du système vu son dévouement au travail et les sacrifices consentis. La reconnaissance surtout celle de la contribution humaine est fondamentale dans une structure comme le fait remarquer Frémond en 2013. Les résultats ont montré qu'un agent compétent et dynamique peut être noyé dans l'environnement de travail devenant par la même occasion inefficace avec des erreurs, un mauvais comportement, une mauvaise prise en charge des malades etc.

Par rapport aux résultats, on peut dire que le métier d'infirmier ou de sage-femme est très noble et important. Les personnels de santé sont passionnés par ce travail et le font avec amour. Toutefois ce sont des métiers très ingrats aussi. Les infirmiers sont très dévoués et se tuent à la tâche pour la bonne marche de la structure et la prise en charge des patients, dans des conditions pas du tout satisfaisantes. En retour, le métier n'offre pas à son homme des avantages en termes de rémunération, de carrière fulgurante, ni en termes de considération. Autrement dit, ce sont des métiers convoités par les jeunes, au début, ils sont très passionnés et dévoués. Ils viennent avec une fougue de jeunesse qui leur permet de ne pas sentir les dures conditions de travail et l'énergie intense déployée. Mais avec l'expérience et le temps, ils prennent conscience de leur exploitation et de la précarité de ces métiers. Dès lors, Ils se sentent pris au piège (Bügel, 2003). C'est un métier qui épuise et lessive les travailleurs avec le temps. A cet effet, on peut être tenté de dire que ces agents de santé sont entrain de souffrir en silence démontré dans le rapport de

l'OIT en 2013 sur le Healthwise. Ce même rapport préconise les moyens de lutte contre le harcèlement et les violences ressortis dans les discours.

En outre, c'est vrai que l'étude a relevé un score d'épuisement professionnel élevé de notre échantillon mais cet épuisement n'induit pas forcément une dépersonnalisation, ni un accomplissement professionnel faible. Il y a parmi l'échantillon un type de personnel qui arrive à surmonter cette fatigue extrême et se redonner intensément à leur métier par dévotion. La foi en dieu et sa récompense jouent un rôle central dans la force morale et mentale réduisant les possibilités de dépersonnalisation. A travers cette recherche nous avons constaté que les scores d'épuisement et de dépersonnalisation les plus élevés sont enregistrés chez les femmes.

Conclusion

En définitive, les sages-femmes et infirmiers exercent dans des conditions difficiles de travail, ils sont trop sollicités avec des surcharges horaires incommensurables sans compter le cumul de tâches surtout en milieu rural même si l'ordre des sages-femmes existe et est censé surveiller les conditions d'exercice de la profession, (art. 20 de la constitution). Ceci n'est pas le cas pour les infirmiers. Malgré l'existence de textes législatifs et réglementaires, leur méconnaissance entraîne leur non application, ce qui fait que les agents de santé, individuellement ou de façon collective, sont souvent en conflit avec l'autorité.

Les résultats de la recherche quantitative, montrent bien que le burn out reste une réalité. Il est bien présent et peut toucher les infirmiers et sages femmes au cours de leur carrière. Fort de ce constat, nous retenons que les personnels de santé exercent un métier dans des conditions de travail qui convoquent au quotidien le stress. Leur environnement est favorable pour entretenir un stress chronique et augmenter les possibilités de développer un burn out. A cet effet, les recommandations formulées pourraient aider à améliorer les conditions de travail, réduire les sources du stress et permettre aux infirmiers et sagefemmes de s'occuper avec passion de leur métier. Ainsi cette étude revêt un intérêt pratique pour les gestionnaires des structures de santé et peut servir d'ocillère pour améliorer la qualité de vie au travail des personnels de santé et réduire les risques de burn out. Notre étude connaît cependant, des limites liées à l'outil de Maslach qui ne considère que 3 dimensions de burn out. Egalement les agents de santé peuvent donner des réponses ne reflétant pas exactement leur niveau de souffrance et les comportements réels adoptés face aux malades ; ce qui peut influencer sur les résultats obtenus.

Dans un contexte post crise et de rareté des ressources humaines et de l'application du LMD, il est important de comprendre comment les personnels de santé pourraient évoluer dans leur

métier. Comme perspective nous orientons nos prochaines études sur la formation et les perspectives de carrières à offrir aux paramédicaux.

REFERENCES

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 23- 391.
- Bardin, L. (2007). L'analyse de contenu, PUF, Paris.
- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders, Crime & Delinquency, 15(3), 359-370.
- Bendriss, A. (2018). Manifestations des Risques Psychosociaux sur les employés au milieu du travail : Burn-out et Stress, Journal of Biomedical Research and Health Economics, 1.
- Berrichi, A. et Al. (2021). Prévalence et facteurs de risque de burnout chez le corps infirmier : cas du CHP de Nador, Revue Française d'Economie et de Gestion, 2(9), 107- 131.
- Boufarouj, C. (2023). Les conséquences des facteurs du stress sur l'intention de rester des professionnels des technologies de l'information, Revue Internationale des Sciences de Gestion, 6(1), 886-900.
- Bügel, P. (2003). Le burn out, Revue Patient Care, 32, Juillet.
- Bureau International du Travail. « Le travail dans le monde — Chapitre 5 : le stress dans le monde du travail, BIT, Genève, 1993.
- Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques, Dans InfoKara (101-104), 2 (18), CAIRN.
- Douillet, P. (2010). Risques psychosociaux : un concept opérant pour transformer l'organisation du travail ?, ERES nouvelle revue de psychologie, 10, 167-178.
- Fremont, N. (2013). Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle. Psychologie. Université Charles de Gaulle.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn out, Journal of social issue, 30 (1), 159-165.
- Gintrac, A. (2011). Le stress au travail, un état des lieux, Management et Avenir, 1 (41), 89-106.
- Gollac, M. (2012). Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction, Travail et Emploi, 129, janvier-mars.
- Kandé, N.M.A. & Diémé, M. (2022). La GRH en question face à la reconversion professionnelle des paramédicaux, Revue Management et Avenir, vol 8, 31-51.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.

Maslach, C. (1976). Burn-out. Human Behavior, 5, 16-22

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behaviour, 2, 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). The Maslach burnout inventory. 2ème éd., Palo Alto : CA, Consulting Psychologists Press.

Maslach C., & Leiter, M.P. (2011). Burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel, Les Arènes, Paris.

Miles, M.B. & Huberman, A., M. (2003). Analyse des données qualitatives, 2ème édition, Edition de Boeck, Université, Paris Bruxelles.

Morin, E. (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel, Santé Psychologique, Étude et recherche, IRSST, Rapport R-543

Neveu, J.P., (2006), L'épuisement professionnel, (Sous la direction d'El Akremi, A., Guerrero, S. & Neveu, J.P.) dans Comportement organisationnel, (2) : Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, éditions de Boeck.

PNDRH, (2021). Plan National de Développement des Ressources Humaines de Santé horizon 2020-2028, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Sahler, B., Berthet M., Douillet P., & Mary-Cheray, I. (2007). Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail, Anact, Lyon.

Schaufeli, B.W. & Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burn out health, <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>.

Seck, A. (2010). Recherche en soins infirmiers, dans Association de Recherche en Soins Infirmiers, 90-93, cairn.

Tournmann, P. (2008). Le Burn out (du concept aux actions), Urgences, chapitre 109.

Oates, W. (1971). *Confessions of a workaholic....*

Wiertz, R & Boitrelle, A. (2012). Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitalières du Nord Pas de Calais. Les ½ Journées de la F2RSM, 28 Juin.